

П.В. ГАРЕЛИК, О.И. ДУБРОВЩИК, И.С. ДОВНАР, И.Т. ЦИЛИНДЗЬ

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Цель. Провести ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами.

Материал и методы. Изучены результаты оперативного лечения 116 пациентов перфоративными гастродуоденальными язвами за 2007 – 2013 годы. У 98 (84,5%) из них прободная язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 18 (15,5%) – в желудке. У 4 пациентов (3,4%) имело место повторное прободение дуоденальной язвы. Перитонит имел место во всех случаях: у 82 (77,7%) пациентов он был распространенным, у 28 (24,1%) – местным неограниченным, у 6 (5,2%) – местным ограниченным.

Результаты. Выбор метода хирургического пособия при прободных язвах проводился на основании многих факторов: длительность язвенного анамнеза, результаты консервативного лечения, локализации язвы, формы перитонита, наличия сопутствующих заболеваний. Ушивание прободной язвы выполнено у 73 (62,9%) пациентов, из них у 60 при дуоденальной и у 13 при желудочной локализации, из них лапароскопическим способом у 50 (43,1%). Иссечение прободной язвы с последующей пилоропластикой и стволовой ваготомией было выполнено у 38 (30,2%) человек при локализации язвы в области пилорического канала или луковицы двенадцатиперстной кишки. Операция дополнена пилоропластикой по Джаду (23 операции), по Финнею (14), по Гейнеке-Микуличу (1). Резекция желудка производилась у 5 (4,3%) человек с хроническими каллезными язвами желудка. Послеоперационная летальность составила 2,6%.

Заключение. Основным хирургическим пособием при прободной язве является ее ушивание, которое в настоящее время в большинстве случаев выполнимо лапароскопическим методом. Другие хирургические вмешательства также имеют право на их использование, но каждое из них должно выполняться по строгим показаниям.

Ключевые слова: язвенная болезнь, перфоративная язва, лапароскопическое ушивание язвы, ваготомия, резекция желудка

Objectives. To carry out a retrospective treatment analysis of patients operated on the perforated gastroduodenal ulcers.

Methods. Operative treatment results of 116 patients with perforated gastroduodenal ulcers during the period 2007-2013 yrs. have been investigated. The perforated ulcer localized in duodenum in 98 (84,5%) of patients; gastric ulcers – in 18 (15,5%). Repeated perforation of duodenal ulcer was presented in 4 patients (3,4 %). The peritonitis was presented in all cases: it was generalized in 82 (77,7 %) patients, local unlimited – in 28 (24,1 %), local limited – in 6 (5,2 %).

Results. The choice of a specific surgical approach at perforated ulcers was carried out on the basis of many factors: duration of ulcer anamnesis, results of conservative treatment, ulcer location, the form of peritonitis, accompanying diseases, etc. Suturing ulcer was performed in 73 (62,9%) cases. Sixty cases of perforations were located in the duodenum and only thirteen – in the stomach, 50 (43,1%) of them were operated laparoscopically. Excision of the perforated ulcer with pyloroplasty and truncal vagotomy was conducted in 38(30,2%) patients at the gastric/pyloric and duodenal perforation location. Judd pyloroplasty was added in 23 cases, Finney pyloroplasty – in 14, Heineke-Mikulicz pyloroplasty – in 1. Gastric resection was made in 5 (4,3%) patients with chronic callous gastric ulcers. Postoperative lethality rate was 2,6%.

Conclusions. The main method of surgical treatment of perforation is considered to be the suturing ulcers, which at present is mainly possible to be performed laparoscopically. It is possible to perform other surgical operations, but each of them must be carried out according to the strict indications.

Keywords: ulcer disease, perforated ulcers, laparoscopic ulcer closure, vagotomy, gastric resection

Novosti Khirurgii. 2014 May-Jun; Vol 22 (3): 321-325

Perforated gastroduodenal ulcers: a view on the issue of choosing a specific surgical approach

P.V. Garelik, O.I. Dubrovchik, I.S. Dovnar, I.T. Tsilindz

Введение

Неослабевающий интерес к проблеме лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами (ГДЯ), обусловлен тем, что 10-15% населения в течение жизни страдают язвами желудка и/или двенадцатиперстной

кишки [1]. Вопреки оптимистичным прогнозам гастроэнтерологов, высоким возможностям современной медикаментозной терапии и профилактики язвенной болезни, число пациентов с ГДЯ имеет четкую тенденцию к росту [1, 2], а число пациентов с прободными язвами возросло в 2,7 раза [3]. Известно, что течение язвенной

болезни осложняется перфорацией у 3-30% пациентов [4], при этом у 10-25% перфорация сочетается с кровотечением и/или стенозом пилоробульбарной зоны, когда операция в объеме простого ушивания перфорационного отверстия не может быть выполнена [5]. Выбор метода операции при перфоративной ГДЯ является сложной проблемой и на вопрос, какой из применяющихся методов оперативного пособия наиболее рациональный, до настоящего времени однозначного ответа нет. В разное время приоритеты отдавались ушиванию язвы, гастроэнтеростомии, резекции желудка, различным вариантам ваготомии с пилоропластикой, однако ближайшие и отдаленные результаты их были не однозначными, в связи с чем выбор конкретного метода операции при перфоративных ГДЯ служит предметом дискуссии [1, 3, 6, 7]. При прободных дуоденальных язвах и в настоящее время ее ушивание (традиционным или лапароскопическим доступом) остается одной из самых частых операций [1, 8]. В последние годы это пособие, несмотря на наличие перитонита, с успехом выполняется во время лапароскопии [9, 10]. По-прежнему в арсенале хирургов остается операция иссечения прободной язвы, дополненная одним из вариантов ваготомии [9, 10]. Есть мнение, что, несмотря на огромный опыт применения стволовой ваготомии с пилоропластикой в лечении перфоративных дуоденальных язв и доказанную эффективность этой операции у 85% пациентов [11], сторонники ушивания прободных язв до сих пор считают любой перитонит противопоказанием к выполнению «радикальных» вмешательств.

В настоящее время некоторые авторы полностью отказались от выполнения хирургической ваготомии, с иссечением прободной язвы с пилоропластикой и медикаментозной ваготомией в послеоперационном периоде [9].

Показанием к резекции у пациентов с перфоративной язвой хирурги считают наличие каллезной язвы, когда имеются трудности в ушивании перфоративного отверстия, подозрение на малигнизацию. Во всех остальных случаях авторы отдают предпочтение ушиванию прободного отверстия [9].

Относительно выполнения первично радикальных операций у пациентов с прободными язвами в отечественной литературе единого мнения не существует. Отдельные авторы [8, 12] обосновывают необходимость расширения показаний к резекции желудка (до 30%), поскольку распространенность серозно-фибринозного перитонита не влияет на результаты при радикальном вмешательстве. В связи с

постгастрорезекционными расстройствами многие хирурги пытаются избежать резекции желудка при прободной язве, выполняя ее только в случаях подозрения на малигнизацию.

Подавляющее большинство авторов, изучая результаты лечения пациентов с перфоративными язвами, пришли к выводу, что при хирургическом лечении пациентов с данной патологией необходимо строго индивидуально определять показания к каждому из применяющихся методов операций: ушиванию прободных язв, ваготомии с пилоропластикой или первичной резекции желудка. Эти методы не должны конкурировать между собой, а должны быть направлены на улучшение общих результатов лечения.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами.

Материал и методы

В клинике общей хирургии Гродненского государственного медицинского университета за период с 2007 по 2013 гг. оперированы 116 пациентов с перфоративными ГДЯ. Мужчин было 94 (81%), женщин — 22 (19%), средний возраст пациентов с прободной дуоденальной язвой составил 43 года, желудка — 68 лет. Бригадой скорой помощи доставлены 97 (83,6%) пациентов, из больниц города поступило 11 (9,5%), из поликлиник города направлено 4 (3,4%), обратились сами 4 (3,4%) пациента. В сроки до 6 ч с момента перфорации поступил 61 (52,6%) пациент, 7-24 ч — 41 (35,3%) и позже 24 ч — 14 (12,1%) пациентов. Из приемного отделения в реанимационное госпитализировано 12 (10,3%) человек, в хирургическое — 104 (89,7%). Диагноз перфорации полого органа не вызывал сомнений у 96 (82,8%) пациентов и был поставлен в дооперационном периоде на основании клинических, эндоскопических и рентгенологических данных. У 13 (11,2%) имелась атипичная клиническая картина и им выполнялась повторная фиброгастродуоденоскопия и обзорная рентгенография органов брюшной полости. У 7 (6%) пациентов, несмотря на все предпринятые диагностические мероприятия, сомнения в диагнозе оставались, и в связи с этим у них предпринята диагностическая лапароскопия. Язвенный анамнез выявлен у 68 (58,6%) пациентов, из которых только 32 (27,6%) состояли на диспансерном учете. У 5 (4,3 %) пациентов в анамнезе были произведены ранее операции: ушивание прободной дуоденальной язвы у 4, резекция желудка — у 1; сопутствующие заболевания

наблюдались у 61 (52,6%) пациента. Лечебный комплекс до операции включал общепринятую предоперационную подготовку в течение 1,5-2 часов. Тяжесть состояния пациентов и величина операционно-анестезиологического риска оценивалась с использованием критериев ASA.

Результаты

Сроки оперативного лечения перфоративных ГДЯ от момента перфорации были следующими: 103 (88,8%) пациента оперированы в первые 1,5-2 часа с момента госпитализации, от 2 до 4 ч – 13 (13,8%). Причина задержки выполнения операции была в необходимости проведения интенсивной предоперационной подготовки в связи с наличием клиники разлитого перитонита в сочетании с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. У всех пациентов во время операции был установлен перитонит: распространенный у 82 (77,7%), местный неограниченный у 28 (24,1%) и у 6 (5,2%) местный ограниченный. Реактивная фаза перитонита отмечена у 75 (64,6%), токсическая – у 36 (31%) и терминальная у 5 (4,3%). У 98 (84,5%) пациентов перфоративная язва локализовалась на передней стенке двенадцатиперстной кишки, у 18 (15,5%) – в желудке, чаще по малой кривизне на передней стенке желудка и только в 1 случае она располагалась по задней стенке пилорического отдела желудка. Перфоративная язва сочеталась с декомпенсированным стенозом привратника у 2 (1,7%) пациентов, желудочно-кишечным кровотечением – у 2, и у 1 пациента было сочетание перфоративной дуоденальной язвы и перфорации опухоли слепой кишки.

Основным хирургическим пособием при прободной язве двенадцатиперстной кишки было ушивание. Эта операция произведена у 73 (62,9%) пациентов. Может обсуждаться вопрос: иссекать или не иссекать язву перед ушиванием (без ваготомии). К этому вопросу подходили индивидуально. В случаях желудочной язвы это пособие следует выполнять чаще с целью гистологического исследования краев язвы, при дуоденальных язвах – это пособие не является обязательным. Если при визуальном контроле язва была по типу острой, или хронической, но с мягкими краями, то производилось еще ушивание без иссечения. Ушивалась прободная язва отдельными серозно-мышечными швами из лапаротомного доступа у 23 человек. В связи с успехами современного медикаментозного лечения язвенной болезни дополнение этой операции различными видами ваготомии в настоящее время производятся редко.

В последние годы ушивание прободной

язвы стремимся выполнять во время лапароскопии. У 57 (49,1%) пациентов была предпринята попытка выполнения лапароскопического оперативного доступа и метода ушивания перфоративных язв. По данным обследования брюшной полости интраоперационно при лапароскопии установлено, что произвести ушивание перфоративной язвы оказалось технически невозможным у 7 пациентов. У 4 из них в связи с локализацией язвы желудка по малой кривизне и выраженным перифокальным инфильтратом, у 2 с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом и в 1 случае – сочетание перфоративной дуоденальной язвы и раковой опухоли слепой кишки.

Из 50 (68,5%) пациентов, которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративных язв, мужчин было 41 (82%), женщин – 9 (18%), в возрасте от 17 до 73 лет. Перфоративные язвы желудка ушиты лапароскопически у 4 (8%) пациентов и у 46 (92%) – дуоденальные. Ушивание перфоративного дефекта при размерах до 1 см у 47 (94,0%) пациентов производили путем наложения 2-3 серозно-мышечных швов с интракорпоральным формированием узлов с использованием рассасывающегося шовного материала, преимущественно викрил или полисорб 2/0, с фиксацией к линии швов пряди большого сальника. При накладывании швов вкол иглы проводили в 5-7 мм от края язвенного дефекта и выкол в области перфорационного отверстия. У 3 (6,0%) пациентов с хронической язвой и выраженной инфильтрацией окружающих тканей использовали принцип аутопластического закрытия перфоративной язвы по Оппелю-Поликарпову. После ушивания прободного отверстия во время лапароскопии производилось лечение перитонита путем аспирации экссудата из брюшной полости вместе с фибрином и повторного (2-3 раза) промывания брюшной полости фурацилином или физиологическим раствором с антибиотиками. Операция завершалась дренированием брюшной полости двумя хлорвиниловыми трубками: одна устанавливалась в полость таза, вторая – подводилась к ушитой язве.

В предыдущие годы в нашем арсенале лечения прободной язвы двенадцатиперстной кишки применялись различные варианты ваготомии, которые выполнялись после иссечения язвы у 38 (30,2%) пациентов с последующей пилоропластикой по Джаду у 23, (60,5%), по Финнею у 14 (36,8%) и по Гейнеке-Микуличу у 1 (2,6%). Показанием для выполнения такого рода операций было: время от момента прободения до начала операции не более 6 часов, наличие хронической язвы двенадцатиперст-

ной кишки и безуспешность консервативного лечения.

Дистальные резекции желудка, в объеме 2/3, в различных модификациях выполнены у 5 (4,3%) пациентов. Показанием для резекции желудка были: декомпенсированный стеноз у 1 пациента, хроническая каллезная язва желудка у 2, и у 2 пациентов показанием к резекции было сочетание прободения и кровотечения.

Операции завершали, у всех пациентов, обильным промыванием брюшной полости растворами антисептиков и дренированием по общепринятым в хирургической практике принципам. Всем пациентам декомпрессия желудка проводилась через назогастральный зонд, который удаляли на 3-4 суток. В послеоперационном периоде инфузионная терапия и парентеральное введение блокаторов желудочной секреции проводилось до 4-х суток с последующим переводом на пероральный прием их в течение трех недель. Антибактериальная терапия у всех пациентов и эрадикация *H. Pylori* проводилась в виде «тройной» схемы, 7-8 суток.

Летальный исход в послеоперационном периоде имел место в 3 случаях, после лапароскопического ушивания умер 1 пациент, через 6 часов после операции, в связи с абдоминальным сепсисом, и 2 умерло после лапаротомных операций (тромбоэмболия легочной артерии (1) и гнойные осложнения (1)). Послеоперационная летальность составила 2,6%.

Обсуждение

Несмотря на успехи медикаментозного лечения язвенной болезни, частота такого осложнения как прободение не имеет тенденции к снижению. Скорее всего это происходит не в связи с безуспешностью лечения, а в связи с его отсутствием. Менталитет многих наших пациентов таков, что они не настойчиво лечатся, а надеются, что язва заживет и без лечения. При анализе поступления пациентов с прободными язвами по годам за последние 7 лет определенных закономерностей мы не выявили, так как количество поступающих было разным и варьировало от 7 до 27 человек в год.

Диагностика прободной язвы у большинства пациентов (82,8%) трудностей не представляла. В сомнительных случаях среди дополнительных методов обследования наиболее информативной была лапароскопия, которая у наших пациентов из диагностической превращалась в лечебную.

Подходы к выбору метода хирургического лечения прободных ГДЯ в настоящее время остаются дискуссионными. Большая частота

перфорации ГДЯ и высокие показатели летальности требуют дальнейшего изучения проблемы с учетом возможностей эндовидеохирургической техники оперативных вмешательств с целью разработки оптимальной тактики, которая позволила бы в условиях экстренной хирургии улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

Основным хирургическим пособием в настоящее время является ушивание прободной язвы, которое выполнено по нашим данным в 62,9 % случаев. Несмотря на наличие перитонита, ушивание прободной язвы у большинства пациентов (68,5%) выполнено лапароскопическим доступом, преимущества которого перед лапаротомным очевидны. В связи с уменьшением травматичности операции более легко протекал послеоперационный период. У всех 50 пациентов с ушитой прободной язвой во время лапароскопии осложнений после операции как со стороны раны брюшной полости, так и смежных органов, не наблюдали. В результате на 2,2 дня сократилось послеоперационное пребывание пациентов в стационаре. Полагаем, что эндовидеохирургический оперативный доступ и лапароскопическая методика ушивания перфоративных язв в сочетании с современной противоязвенной терапией должна занять основное место в лечении перфоративных ГДЯ.

Резекция желудка при прободной язве должна выполняться в единичных случаях (у нас 5 пациентов из 116 операций – 4,3%) и по строгим показаниям (сочетание прободной язвы желудка с кровотечением или стенозом пилорического отдела, хроническая каллезная язва с подозрением на малигнизацию).

Иссечение язвы при ее прободении должно оставаться в арсенале хирургов, однако следует избегать различных видов ваготомий, заменив ее медикаментозной ваготомией в послеоперационном периоде. Исключением может быть небольшая группа больных, у которых, несмотря на полноценное медикаментозное лечение язвенной болезни, наступает прободение язвы. В таких случаях будет оправдана операция иссечения язвы дополненная одной из разновидностей ваготомии.

Заключение

Улучшение результатов хирургического лечения прободных ГДЯ может быть достигнуто при своевременно выполненном оперативном вмешательстве. Выбор метода оперативного пособия должен в каждом конкретном случае быть индивидуальным. Наилучшие результаты могут быть получены при ушивании прободной

язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, причем это пособие целесообразно выполнять лапароскопическим доступом. Резекция желудка и различные виды ваготомий должны иметь место в единичных случаях и по строго определенным показаниям. По-прежнему имеют значение адекватная предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода с противоязвенным медикаментозным лечением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В. К. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Р. А. Головин // РМЖ. — 2005. — Т. 13, № 25. — С. 1663–67.
2. Гринв М. В. Конференция «Состояние экстренной хирургической помощи в Санкт-Петербурге» / М. В. Гринв, Ю. В. Плотников // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2012. — Т. 171, № 3. — С. 102–105.
3. Гостищев В. К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, Р. А. Головин // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2009. — № 3. — С. 10–16.
4. Евсеев М. Е. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв / М. Е. Евсеев, Р. А. Головин, Г. Б. Иваков. — М., 2008. — 160 с.
5. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С. Ф. Багненко [и др.] // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 2009. — № 6. — С. 12–15.
6. Курыгин А. А. Ваготомия в хирургической га-

строэнтерологии / А. А. Курыгин, В. В. Румянцев. — СПб. : Гиппократ, 1992. — 304 с.

7. Nussbaum M. S. Management of giant duodenal ulcer/ M. S. Nussbaum, M. A. Schusterman // Am J Surg. — 1985 Mar. — Vol. 149, N 3. — P. 357–61.
8. Козырев М. А. Гастродуоденальные язвы : практ. пособие для врачей / М. А. Козырев, И. М. Марковская. — Минск : Беларусь, 2007. — 139 с.
9. Стрижелецкий В. В. Эндовидеохирургическая технология в диагностике и лечении перфоративных гастродуоденальных язв / В. В. Стрижелецкий, Р. Ж. Избасаров // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2009. — № 3. — С. 79–82.
10. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial / W. T. Siu [et al.] // Ann Surg. — 2002 Mar. — Vol. 235, N 3. — P. 313–19.
11. Борисов А. Е. Постульцерорафический синдром: причины развития и патогенетические формы / А. Е. Борисов, Ю. Е. Веселов, К. Д. Руруа // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 2010. — № 3. — С. 25–28.
12. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни / Ю. М. Панцырев [и др.] // 50 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. — М : Медиа Медика, 2003. — С. 248–58.

Адрес для корреспонденции

230009, Республика Беларусь,
г. Гродно, ул. Горького, д. 80,
УО «Гродненский государственный
медицинский университет»,
кафедра общей хирургии,
тел. раб.: 8 0152 54-18-21,
e-mail: pethar@mail.ru,
Гарелик Петр Васильевич

Сведения об авторах

Гарелик П.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Дубровщик О.И., д.м.н., профессор кафедры общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Довнар И.С., к.м.н., доцент кафедры общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Цилиндзь И.Т., к.м.н., доцент кафедры общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Поступила 18.02.2014 г.